



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2022 – 10

LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD.

QUE VIENE EL LOBO

Guillem López Casasnovas
Catedrático de Economía de la UPF
Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, junio 2022

LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD. QUE VIENE EL LOBO

Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

El de la privatización sanitaria es un tema estrella en muchos debates; por su relevancia dado el sentimiento de bienestar asociado a la posible pérdida de dicha protección social; es un tema recurrente, ya que las dudas sobre el funcionamiento del sistema público lo alimentan; y, sobre todo, es una cuestión plagada de prejuicios, intereses económicos y sesgos ideológicos que encandila a políticos mediocres. Una prueba de ello la tenemos en forma de nuevo proyecto de Ley del gobierno actual sobre universalidad, equidad y unas cuantas cosas más de un bonito etiquetado, de publicación de todo lo que toque dinero público y con prohibición de copagos incluida. Un marasmo conceptual e ideológico, a vueltas con la privatización sanitaria, a respuesta del ‘que viene el lobo’.

Veamos si soy capaz de dilucidar en este texto las partes substanciales del debate. El objetivo es conceptualizar de qué estamos hablando cuando nos refiramos a la privatización del sistema sanitario público.

Técnicamente privatizar la sanidad pública, o en su equivalente, dejar la protección sanitaria en manos de la decisión privada (teorema Rothschild-Stiglitz), es permitir que un colectivo salga del sistema público y a cambio de ello deje de cotizar/tributar en la parte correspondiente a la financiación sanitaria, para buscar la cobertura de las contingencias de salud por cuenta y riesgo individual. Lo más próximo a ello fueron en su día las opciones colectivas de las llamadas empresas colaboradoras: grandes instituciones que a cambio de la cotización sanitaria de la época buscaban coberturas alternativas a la pública con el beneplácito de los sindicatos. Con la sanidad financiada con impuestos generales aquella anomalía desapareció, tras la embarazosa etapa en que se transferían recursos generales para financiar la sanidad privada. Algunos dirán que el régimen de mutualistas públicos se parece. Pero en realidad estos ejercen su opción particular, privilegiada sin coste alguno, en lo referente a la aseguradora prestadora de servicios, no en lo relativo a su financiación (la elección privada que ejerce la mayoría, no les exime del pago de impuestos). Por tanto, privatización en el sentido preciso de ‘opting out’, salirse del sistema por el lado tanto de la asistencia pública como de su financiación, no existe hoy en nuestro sistema y no creo que sea esperable que emerja. A veces, sin embargo, impropriamente se habla de privatización cuando parcialmente por el lado del gasto el prestador del servicio no es el proveedor público tradicional, o por el lado de los ingresos cuando se generan copagos. Ninguna de las dos cosas es, de nuevo, ‘privatización’. Los copagos, como las tasas son ingresos controlables públicamente por su destino, y a menudo sirven para financiar mejor los servicios públicos (por ejemplo, en las universidades públicas). Por el lado de la prestación, un concierto o una concesión tampoco implica privatizar el sistema sanitario, ya que la financiación continúa siendo pública. Dicha decisión, aceptable desde la teoría de la gestión pública, muestra en todo caso una mayor o menor confianza del regulador-financiador en la capacidad de suministrar la

sanidad como un servicio administrativo más, con los pros y contras que la funcionarización de los servicios representa. Pero no es técnicamente una privatización.

Hagamos una vuelta de tuerca: quizás en prestación podemos advertir presencia del 'lobo' desde la valoración de que los conciertos sean suscritos por entes privados con ánimo de lucro (como en Andalucía) en lugar de concertación acordada con fundaciones municipales, consorcios provinciales, universitarios o entidades religiosas (como en Cataluña). Se entiende que a alguien no le guste que la financiación pública vaya a empresas y menos cuando éstas coticen en bolsa o como fondos de inversión inespecíficos. Pero en sentido estricto, esto no es prueba de privatización del sistema sanitario público.

Si lo analizamos por el lado de los ingresos complementarios quizás podríamos aquí distinguir los pagos de bolsillo forzosos de las contribuciones voluntarias. Entre las primeras encontramos el copago que el sistema público impone, por ejemplo, en medicamentos, o el pago equivalente del cien por cien de aquellas prestaciones efectivas pero que el sistema sanitario por su coste decide no asumir (ya se sabe que en una sociedad democrática lo que no se da no se prohíbe), como en la protección dental, y en buena parte en materia de salud mental. Entre los segundos desembolsos de bolsillo, consideraríamos las primas para un aseguramiento voluntario respecto a prestaciones de hecho concurrentes con las públicas, pero con distinta valoración subjetiva de su calidad. Notemos que el sistema con esto último no se privatiza (más bien en su operativa centrifuga algunos costes), sino que si acaso es la sociedad que busca una parcela privada para algunos componentes asistenciales que la ciudadanía aprecia que el sistema público ofrece deficientemente. Es la sociedad que reacciona (no el sistema que transmuta) hacia lo privado, ante la supuesta mala priorización del catálogo público de prestaciones (por lo que deja fuera), no bien ordenadas por criterios de coste efectividad, o que aún con esta tarea bien realizada, la prestación ofertada cuenta con escasos incentivos para su mayor calidad (lista de espera, falta de acceso resolutivo, sin segundas opiniones, etc.) que hace que la ciudadanía busque el complemento voluntario. De modo que hoy diríamos que, si con la gestión del gobierno socialista actual el seguro privado crece, esto no es culpa de la sociedad ni de la ideología: es el resultado de la percepción de la mala gestión gubernamental, que no financia correctamente los servicios, o no es capaz de mantener de modo satisfactorio una atención primaria efectiva y resolutiva como puerta del sistema sanitario. No es 'error' de una sociedad por importante que sea el marketing sanitario privado, sino su reacción, sacrificando -eso sí, los que pueden- parte de su capacidad de compra en otros bienes y servicios para así mejorar su asistencia. La responsabilidad es pública (nunca privada), ni de aseguradoras ni de centros privados que, como un sector de negocio más, intentan rentabilizar los fallos de la oferta pública percibidos como tales por las familias. Sin ser de nuevo ello privatización (nadie abandona el pool de pago tributario ni pierde derecho a la utilización pública), sí que puede ser un indicio como decíamos de la falta de confianza de la sociedad sobre los gestores gubernamentales del sistema sanitario público ante la poca voluntad de cambio en financiación sanitaria. Que ello aumente como en la actual situación permite entonces un mal pronóstico: las desigualdades pueden entrar por una vía implícita muy peligrosa para la equidad: la de diagnósticos realizados desde el aseguramiento privado que entran como urgentes luego en el sistema público, amén en su momento de las tradicionales prescripciones privadas de medicamentos hechas con talonario público y un refuerzo de la dualidad de acceso a la asistencia con tantos miles de profesionales que compatibilizando práctica privada y pública pueden controlar los flujos de pacientes. Aquí

radica probablemente 'el' problema, ya que ello ocurre ciertamente con el beneplácito de aquella ciudadanía que se rasca el bolsillo aspirando a mejorar su propio bienestar. Y esto ciertamente no lo arregla una ley, ni la prohibición de ciertas ofertas privadas, ni la supuesta abolición de copagos por decreto y otros prejuicios sucedáneos ideológicos en política típica de avestruz.

DE MODO QUE...

Resulta muy inspirador leer documentos como el publicado recientemente para España por la OMS Región europea, sede Barcelona, bajo el título de: ¿Can people afford to pay for health care? 2022. Se trata de un alegato en favor de nuestro sistema público a la vista de sus buenos datos de incidencia distributiva del gasto sanitario en la protección financiera de las familias españolas como señuelo de equidad fiscal. El estudio se centra en el gasto sanitario privado y en su desescalada respecto de la pública para una mayor capacidad de compra de los hogares y de lo que sería de otro modo un potencial impacto catastrófico (con un gasto de salud que dejase a los ciudadanos por debajo de su mínimo vital). El Informe le otorga 'medalla de bronce', vista la buena protección contra la situación financiera catastrófica que el sistema sanitario público español ofrece comparativamente, y que contrasta con lo que acontece en sistemas sanitarios privados. En muchos de ellos, ya sea por los pagos mensuales de primas abusivas o por un gasto en el momento de la pérdida de la salud, deja a muchas familias en la ruina, como sucede a menudo en Estados Unidos.

Pese a la bondad del resultado, y precisamente por su importancia, no se pueden permitir sombras de duda sobre su aproximación convencional a dicho resultado, que en modo crítico paso a resumir para evitar el exceso de complacencia con el sistema sanitario público actual.

El estudio se basa, en efecto, en la valoración de aspectos distributivos por grupos de población española, partiendo de las diferencias observadas en el gasto de cada uno de ellos. Haciendo esto asumimos hay algunas cosas que conviene explicitar. Primero, las diferencias observadas en gasto se traducen todas ellas como inequitativas. Sabemos que desde un punto de vista de justicia y responsabilidad ello no necesita ser el caso. Hay desigualdades que son justas a la vista del procedimiento del que resultan (realizadas desde la elección responsable e informada) y otras que no. En este sentido como hacen los británicos, mejor hablar de 'disparidades' que de desigualdades. Por lo demás, la unidad de cuenta es el gasto; de nuevo aquí se contabiliza como desigual tanto lo gastado en el capricho o el despilfarro como en aquello efectivo pero que el sistema público no ofrece por una cuestión de coste. Por lo tanto, se considera tanto el gasto efectivo como el no efectivo, y dentro del efectivo, sin distinciones pese a su diferente coste relativo. En la comparación realizada, las diferencias se consideran implícitamente como 'necesidades no cubiertas', cuando algunos de aquellos tratamientos no deberían de ofertarse (esperas de ciudadanos en listas en las que no debieran de estar en primer lugar, tratamientos accesibles para unos que no tendrían por iatrogenia ser accesibles para nadie, etc.). Es decir, considera todo el gasto observado, en sus diferencias, como necesidad no cubierta e inequitativa. Ello contrasta con la idea de que el catálogo público de prestaciones esté bien priorizado y financiado, y la suposición de que la sanidad privada se dedica a tratamientos de eficacia y efectividad discutibles. Vemos por tanto que en dicho gasto privado registramos todo tipo de utilización como necesaria, que vale la pena, para medir las diferencias como inequidad,

lo que es ciertamente un error. En este sentido resulta claro, como dijimos antes, que el 'out-of-pocket' tiene una racionalidad muy diferente al de la prima voluntaria: ni que sea por el simple hecho de que toda prima de aseguramiento, incluidas las privadas, contienen un elemento de solidaridad respecto del pago directo a efectos de no considerarse iguales; ni que sea por aquello del subsidio tácito de los asegurados que utilizan menos los servicios cubiertos en favor de los que lo hacen más.

En el análisis, cabe también darse cuenta que un copago y una deducción fiscal son la misma cosa. De hecho, los 'gastos fiscales' como propiamente se llaman en favor del aseguramiento privado son hoy inexistentes en nuestro sistema tributario, ya que para las empresas que se benefician del pago de aquellas primas se trata de un gasto en base imposible, al igual que otros complementos sociales de las empresas, a la hora de determinar sus beneficios. En el caso de los copagos, coetáneamente, el financiador público contribuye en una parte y el usuario en otra; del mismo modo que con la deducción fiscal el usuario paga primero y se ve reembolsado después vía rebaja fiscal. En los contextos actuales, puede ser lógico que ante un gasto (merit good) que el ciudadano haya de abonar selectivamente en aquellas cosas que el sistema ofrece sólo parcialmente, sea mejor acompañarlo con regulación, con protección a los más débiles, que ignorarlo y dejarlo a pago privado directo del cien por cien.

Por último, para ilustrar datos y situaciones en los análisis de estudios como el comentado, es bueno recordar que el tratamiento cuantitativo del gasto en medicamentos y el gasto en sueldos y salarios deben tener referentes diferentes para su comparativa. Para retribuciones, el denominador 'pib' tiene lógica (peso de remuneraciones en la renta del país), ya que la renta salarial es de hecho una parte de la renta total. Sin embargo, en medicamentos, la ratio de comparación no debiera de ser el PIB ni el peso del medicamento en el gasto sanitario total, sino el gasto per cápita. Ello es así en la medida que dentro de la Unión Europea los precios de los fármacos no son idiosincráticos al PIB de los países (por aquello de evitar arbitrajes de mercados paralelos por precios diferentes), y ante patrones de prescripción bastante similares en el conocimiento disponible. Por tanto, a mi entender, las cifras de gasto se han de utilizar con cuidado, ya que encubren demasiadas imperfecciones como para servir después como guía de inequidades en salud.

En definitiva, un estudio de qué prestaciones efectivas no se ofertan en el sistema público por su elevado coste; qué otras se ofrecen pese a su coste elevado, impidiendo que se acceda a nuevas tecnologías de mejores ratios de coste incremental puede ofrecer una mejor vía, o al menos complementar, la aquí comentada. En concreto se trata de analizar como las exclusiones e inercias 'inclusivas' se reflejan en utilización o no; esto es, quien lo disfruta y no debiera ya que el sistema sanitario público no es capaz de repriorizar excluyéndolo, o quien no accede desde el sistema público pese al libre acceso, o quien pudiendo, privadamente con pago de bolsillo. O qué prestaciones por incipientes o por negligencia ante la complejidad de sus indicaciones no se ofertan públicamente o lo hacen con una calidad muy pobre. Estos son elementos de focalización más interesantes para la equidad que los registros de cualquier cosa se gaste privadamente, después traducidas sus diferencias en clave 'inequidad'. Es lo de buscar las llaves debajo de la farola cuando de hecho el sistema las ha perdido en otro lugar; no en lo que se ve sino en lo que se ignora. Y todo ello contaminado por una información a veces más

mercantilizadora que objetiva en redes y en un sector de prestadores privados con profesionales que compatibilizan práctica públicas y privadas.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

Serrano-Alarcón, M; Hernández-Pizarro, H; López-Casasnovas, G; Nicodemo, C; **"Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia"** Colección Health Policy Papers 2022-09_GL.

López-Casasnovas, G; **"Los beneficios fiscales delaseguramiento sanitario privado"** Colección Health PolicyPapers 2022-08_GL

López-Casasnovas, G; **"Como veo la evolución de los tratamientos farmacológicos"** Colección Health PolicyPapers 2022-07_GL.

López-Casasnovas, G; **"Petita crònica de les propostes de la comissió d'experts per a la reformafiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada."** Colección Health PolicyPapers 2022-06_GL.

López-Casasnovas, G; **"La Subvenció pública en el món de les Arts. Teatre i economia."** Colección Health PolicyPapers 2022-05_GL.

López-Casasnovas, G; **"La economía de la salud ‘en cuerpo y alma’."** Colección Health Policy Papers 2022-04_GL.

López-Casasnovas, G; **"A political economy analysis of the Spanish Health System and its reform."** Colección Health Policy Papers 2022-03_GL.

López-Casasnovas, G; **" Envelliment, salut i activitat econòmica i empresarial"** Colección Health Policy Papers 2022-02_GL.

López-Casasnovas, G; **"Análisis de economía política del Sistema de Salud Español"** Colección Health Policy Papers 2022-01_GL.

López-Casasnovas, G; **"Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona"** Colección Health Policy Papers 2021-18_GL.

López-Casasnovas, G; **"Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: ¿Quo vadis?"** Colección Health Policy Papers 2021-17_GL.

López-Casasnovas, G; **"A propósito del debate Marmot-López sobre desigualdades en salud."** Colección Health Policy Papers 2021-16_GL.

López-Casasnovas, G; **"Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?"** Colección Health Policy Papers 2021-15_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; **"Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis Coste Efectividad"** Colección Health Policy Papers 2021-14_GL_JP.

Sabater Mezquita, R; López Casasnovas, G; **"Efectivitat de les mesures contra la transmissió de la COVID-19 a l'Europa Occidental. Hi ha influït la “cultura mediterrània” i/o el model sanitari?"** Colección Health Policy Papers 2021-13_RS_GL.

Sabater Mezquita, R; López Casasnovas, G; **"Efectes de la covid-19 a les llistes d'espera de la Catalunya Central. Quin coll d'ampolla té més influència per a la disminució entre 2019 i 2020 dels diagnòstics de càncer?"** Colección Health Policy Papers 2021-12_RS_GL.

Del Llano J, J; Mestre-Ferrandiz, J; Espín, J; Gol-Montserrat, J; Del Llano, A; Bringas, C; **"Public health policies for the common interest: Rethinking eu states' incentives strategies when a pandemic reshuffles all interests."** Colección Health Policy Paper 2021-11_JD_JM_JE_JG_AD_CB;

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

